

PRACOWNIA DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ

Opolskiego Centrum Onkologii składa się z:

- **Pracowni Tomografii Komputerowej**
- **Pracowni RTG**
- **Pracowni Ultrasonografii**
- **Pracowni Mammografii.**

Pracownia Tomografii Komputerowej - od 2005 r. wyposażona jest w najnowszej generacji spiralny, 24-rzędowy tomograf komputerowy SIE-MENS SENSATION OPEN (zakupiony ze środków Unijnych), którego konstrukcja oraz dodatkowe wyposażenie umożliwiają maksymalnie skuteczną



Dorota Wróbel i Marta Biernat



technik Agnieszka Nowak



Dorota Wróbel

i efektywną diagnostykę pacjentów

z chorobami onkologicznymi oraz wykonywanie procedur diagnostycznych



Strzykawka automatyczna do podawania kontrastu



Podawany przez pielęgniarkę anestezyjologiczną środek kontrastujący

stosowanych głównie w onkologii np. biopsji celowanych pod kontrolą fluoroskopii TK. Stosowana technika spiralna pozwala także na dokładne zbadanie dużych partii ciała pacjenta

w bardzo krótkim czasie, przeważnie podczas pojedynczego wdechu.

Spiralna tomografia komputerowa stwarza możliwość tworzenia obrazów trójwymiarowych badanych struktur.

W pracowni wykonywany jest szeroki zakres badań TK, z których do najczęściej zlecanych należą:

- TK jamy brzusznej,
- TK miednicy,

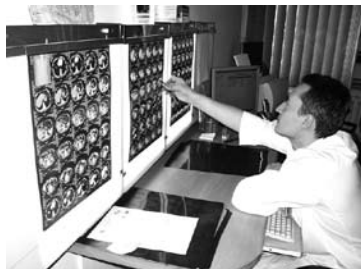
- TK wątroby dwu - lub trójfazowe,
- TK klatki piersiowej oraz śródpiersia,
- TK głowy,
- TK szyi,
- TK twarzoczaszki,
- biopsje celowane narządów miękkich jamy brzusznej i miednicy pod kontrolą fluoroskopii TK.

Dostępne są również procedury wysokospecjalistyczne np. wirtualna endoskopia TK (kolonoskopia, bronchoskopia), zastępując stosowane dotychczas inne rodzaje bardziej inwazyjnych i często mniej dokładnych badań obrazowych.



lek. med. Paweł Rutecki

Uzyskiwane podczas badania TK dane, przetwarzane są w obrazy prezentowane w postaci tradycyjnej tj. na błonach rtg



lub na płytach CD oraz archiwizowane w wewnątrzszpitalnym systemie komputerowym Medicom. Do otrzymywania wysokiej jakości zdjęć tomografii komputerowej służy kamera laserowa Fuji Film Dry Pix 7000.

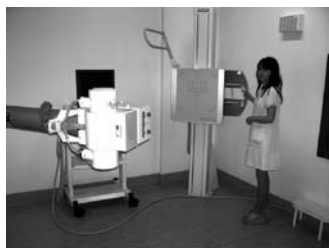
zdj. obok Marta Rutecka



Pracownia RTG - z końcem 2005 r. wzbogaciła się o najnowocześniejszy zestaw rtg SIEMENS ICONOS R100, (aparat obsługuje technik Anna Wanot) pozwalający na wykonanie wszystkich rodzajów konwencjonalnych zdjęć radiologicznych, stosowanych w diagnostyce obrazowej pacjentów onkologicznych.



Zastosowane w nim najnowsze rozwiązania technologiczne pozwalają na znaczną redukcję



dawki promieniowania jonizującego otrzymywanego przez pacjenta oraz doskonałą jakość i wartość diagnostyczną radiogramów.

Do najczęściej zlecanych i wykonywanych konwencjonalnych badań radiologicznych należą:

- **rtg klatki piersiowej**, służące m.in. do potwierdzenia lub wykluczenia zmian nowotworowych (pierwotnych i przerzutowych) w obrębie mięszu płucnego, śródpiersia oraz układu kostnego klatki piersiowej oraz oceny dynamiki rozpoznanych wcześniej zmian,

- **rtg układu kostnego**, pozwalające na ocenę ewentualnych zmian nowotworowych (głównie przerzutowych, stwierdzanych m.in. w przebiegu raka sutka, gruczołu krokowego),

- **rtg jamy brzusznej**, wykonywane m.in. w celu wykluczenia zagrażających życiu powikłań w przebiegu nowotworów dolnego odcinka przewodu pokarmowego.

Doskonała jakość wykonywanej dokumentacji zdjęciowej pracowni RTG możliwa jest dzięki zastosowaniu systemu pośredniej radiografii cyfrowej FCR Profect CS (zdjęcie obok) oraz kamery laserowej.

Badania RTG są oceniane i opisywane na specjalnej stacji roboczej, wyposażonej w komplet monitorów LCD bardzo wysokiej rozdzielczości oraz archiwizowane, podobnie jak w badaniach TK, w systemie komputerowym Medicom.



System archiwizacji wszystkich wykonywanych u danego pacjenta badań obrazowych umożliwia pełną ocenę porównawczą rozpo-



lek. med. Paweł Rutecki

znanych zmian nowotworowych oraz innych współistniejących schorzeń, co pozwala na bardziej efektywne leczenie.

Możliwe i stosowane w praktyce są również konsultacje przypadków trudnych a czasem i kontrowersyjnych.

Pracownia Ultrasonograficzna - wyposażona jest w aparat USG GE 400 CL Pro Series z kompletem 3 głowic do badań USG narządów jamy brzusznej, miednicy, narządów powierzchniowych oraz badań endowaginalnych i endorektalnych. Do wy-



konywania dokumentacji zdjęciowej stwierdzonych zmian patologicznych służy printer termiczny.

Podobnie jak w innych pracowniach, wykorzystywany jest system komputerowy Medicom, w którym zapisywane są wyniki badań USG oraz dostępne są wszystkie informacje kliniczne dotyczące badanego pacjenta. Pozwala to znacznie ułatwić i zdecydowanie poprawić jakość diagnostyki ultrasonograficznej.

Do najczęściej wykonywanych badań USG należą:

- USG jamy brzusznej,
- USG miednicy,
- USG sutków,
- USG szyi (z oceną węzłów chłonnych szyi),
- USG tarczycy,
- USG gruczołu krokowego,
- USG zmian guzowatych powierzchniowych,
- biopsje celowane narządów powierzchniowych (m.in. sutków, węzłów chłonnych) pod kontrolą USG.

Diagnostyka ultrasonograficzna jest niezwykle ważna i cenna w onkologii. Jako badanie bezpieczne, nie stosujące promieniowania jonizującego, nadające się do częstego wykonywania oraz dostępne, przeważnie rozpoczynająca diagnostykę obrazową, również w chorobach onkologicznych. Umożliwia wczesną detekcję oraz dokładną ocenę zmian nowotworowych i często jest jedyną stosowaną metodą obrazową.

W przypadkach niejasnych, kontrowersyjnych, pozwala na wybór innej, odpowiedniej metody diagnostycznej do postawienia ostatecznego rozpoznania np. tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego, mammografii lub biopsji celowanej pod kontrolą USG, a także mammografii lub TK.

Stosuje się ją do okresowej kontroli u pacjentów w trakcie leczenia onkologicznego (chemioterapii, radioterapii, hormonoterapii lub leczenia skojarzonego) Do oceny jego efektywności, u chorych po zabiegach chirurgicznych (m.in. w celu potwierdzenia lub wykluczenia powikłań pooperacyjnych), oraz u osób o szczególnym ryzyku wystąpienia choroby nowotworowej z przyczyn genetycznych.

Pracownia mammografii – od roku 2002 wyposażona jest w nowoczesny aparat mammograficzny typu LORAD M IV z przystawką stereotaktyczną Stereo Loc II.

technik Jolanta Pietrzak



W pracowni wykonywane są głównie mammografie piersi – dziennie około 50 badań.

Ponadto realizowany jest szeroki zakres diagnostyki mammograficznej:

- zdjęcia celowane z powiększeniem i bez powiększenia,
- założenia markera przed zabiegiem operacyjnym,
- BAC – biopsja aspiracyjna cienkoigłowa,
- SBG – stereotaktyczna biopsja gruboigłowa.

Oprócz badań wykonywanych na zlecenie lekarza, Pracownia realizuje również „Program profilaktyki raka piersi” dla kobiet urodzonych między 1937 – 1956 rokiem.

Systematyczna kontrola sprzętu przez specjalistów z Centrum jak i z zewnątrz pozwala na spełnianie wszystkich kryteriów bezpieczeństwa dla pacjenta.

Badania specjalistyczne - testy kontroli jakości aparatu mammograficznego przeprowadzają pracownicy Oddziału Higieny Radiacyjnej Opolskiego Sanepidu.

Kadra Pracowni Diagnostyki Obrazowej:

- lek. med. Włodzimierz Dębski – specjalizacje: II° z radiodiagnostyki i I° z chirurgii ogólnej – Kierownik Pracowni,

- lek. med. Roman Kabarowski – specjalizacje: II^o z ginekologii i położnictwa, II^o z onkologii – radioterapii, I^o z radiologii – st. asystent,
- lek. med. Paweł Rutecki – specjalizacja: II^o z radiodiagnostyki - st. asystent
- Małgorzata Reding – kierownik zespołu techników,
- technicy rtg – Marta Biernat, Katarzyna Kubiak, Agnieszka Nowak, Jolanta Pietrzak, Anna Wanot,
- pielęgniarka anestezjologiczna Dorota Wróbel, st. pielęgniarz Jan Hrymniak,
- sekretarka medyczna Danuta Maciak (zdj. 2 str. okładki)

Biografia Kierownika:

lek. med. Włodzimierz Dębski
ur. 5.09.1955,

w latach 1976 – 1982 studia w Akademii Medycznej w Łodzi,
do roku 1990 pracownik ZOZ w Głuchołazach,

I^o specjalizacji z chirurgii w roku 1986,
I^o specjalizacji z radiologii w roku 1989,
II^o specjalizacji z radiodiagnostyki w roku 1998,

W latach 1990 – 1995 pracownik Szpitala Wojewódzkiego w Opolu,

W latach 1996 - 1997 zatrudniony na kontrakcie jako konsultant w Szpitalu Onkologicznym w Lahore – Pakistan,

Od lipca 1997 zatrudniony na stanowisku Kierownika Pracowni Diagnostyki Obrazowej w Opolskim Centrum Onkologii,

Uczestnik wielu krajowych i międzynarodowych konferencji, zjazdów i szkoleń (min. Austria, Hiszpania)



Diagnostyka obrazowa piersi - mammografia i usg

lek. med. Roman Kabarowski
Opolskie Centrum Onkologii

Badania piersi przeprowadza się w celu wczesnego wykrycia raka. Podstawowym badaniem, które kobieta powinna wykonywać sama raz w miesiącu jest badanie palpacyjne. Najlepiej robić to po wieczornej kąpieli, kiedy tkanka piersi jest rozgrzana i pozbawiona napięcia. Dla kobiet miesiączkujących najlepszym momentem do kontroli piersi są pierwsze dni cyklu, po zakończeniu krwawienia miesięcznego. Kobiety po menopauzie mogą ustalić sobie po prostu jakiś stały termin i co miesiąc w tym właśnie dniu kontrolować piersi. Informacji na temat sposobów samobadania piersi udzielają lekarze pierwsze-

go kontaktu i ginekolodzy. W każdej przychodni można otrzymać też broszury informacyjne na ten temat.

Jednak nie zawsze badanie palpacyjne piersi wystarcza, aby jak najwcześniej wykryć niepokojące zmiany. Dlatego powinno się wykonywać także mammografię piersi i USG (ultrasonografia piersi, sonomammografia). Oba te badania mają na celu wyjaśnienie natury zmian, jakie pojawiają się w piersi i ewentualnego wykluczenia nowotworu złośliwego.

Mammografia jest badaniem rentgenowskim, dlatego nie należy wykonywać jej częściej, niż to jest we wskazaniach dla osób w danym wieku (generalnie nie wykonuje się mammografii częściej, niż raz w roku), i nie wolno jej robić kobietom w ciąży.

Decyzję, które z badań jest właściwsze, uzależnia się od rodzaju budowy piersi. Mammografię wybiera się wtedy, kiedy piersi zawierają głównie tkankę tłuszczową. Ultrasonografię, kiedy dominuje tkanka gruczołowa. Najczęściej jest jednak tak, że oba rodzaje tkanki obecne są w piersiach. Bywa, że w związku z tym korzysta się z obu metod równolegle. Przyjęto, że wobec charakteru utkania piersi, wieku kobiety i kosztów diagnostyki pierwszą kontrolną mammografię przeprowadza się w 35 roku życia. Odstępy między kolejnymi badaniami uzależnione są od charakteru stwierdzanych zmian, ale profilaktycznie najczęściej wykonywane są co 1,5 – 2 lata. USG piersi wykonywać można zarówno u kobiet młodych, także w wieku pokwitania, jak i u kobiet dojrzałych (jako uzupełnienie MMG lub badanie samodzielne).

Wewnętrzna struktura piersi jest indywidualną właściwością każdej kobiety. Najczęściej kobiety młode mają piersi gruczołowe. Bieg czasu, ciąży i okresy karmienia sprzyjają zanikaniu tkanki gruczołowej. To, oraz skłonność do gromadzenia tkanki tłuszczowej w okresie okołomenopauzalnym sprawiają, że mammografia jest podstawową metodą badania obrazowego piersi po pięćdziesiątym roku życia.

Ograniczeniami dla dokładności mammografii w tej grupie osób mogą być: bezdzietność, gdy piersi ciągle jeszcze jakby czekały na podjęcie swojej funkcji biologicznej, a także stosowanie zastępczego leczenia hormonalnego, próbującego powstrzymać naturalne procesy inwolucyjne.

Mammografia

Jest to zdjęcie piersi, które wykonuje się aparatami rentgenowskimi specjalnie do tego celu skonstruowanymi, które nie służą do wykonywania innych badań radiologicznych. Podstawą do uzyskania dobrego, czytelnego zdjęcia piersi jest

ich właściwe ułożenie i uciśnięcie - tego pilnuje fachowy technik rentgenowski, obsługujący aparat.

Przebieg badania:

Technik układa pierś na kasecie, zawierającej film rentgenowski, wygładza fałdy skórne, następnie dozuje ucisk, żeby zawartość piersi mogła się „rozprojektować” na możliwie największej powierzchni. Chociaż faza cyklu miesięczkowego nie ma istotnego znaczenia, badanie może być bardziej przykre w okresie większego nabrzmienia piersi przed miesiączką. Każda pierś ma wykonywane 2 zdjęcia, w prostopadłych do siebie płaszczyznach.

Wyniki badania:

Na ogół pacjentka nie ma możliwości nawiązania bezpośredniego kontaktu z lekarzem radiologiem, oceniającym zdjęcia jej piersi. Otrzymuje gotowy opis oraz klisze, które są ważne do porównania przy przyszłych mammografiach.

Skuteczność diagnostyczna mammografii jest bardzo wysoka. Pozwala na wykrycie różnych postaci raka o średnicy nawet 3-4 mm.

Wczesne wykrycie nowotworu niejednokrotnie umożliwia podjęcie leczenia oszczędzającego, pozwalającego na zachowanie piersi (wykonuje się jedynie usunięcie guza, badanie usuniętego węzła chłonного z pachy, tzw. węzła wartowniczego oraz napromienianie operowanej okolicy).

Przy wykryciu wczesnych postaci raka szansa na całkowite wyleczenie jest bardzo wysoka, stąd tak istotna jest regularna zgłaszalność kobiet na badania kontrolne

USG PIERSI

Ultrasonografia – USG – nie jest związana z żadnym szkodliwym działaniem ubocznym i nie ma do niej przeciwwskazań.

Badanie to może być wykonywane aparatami ultrasonograficznymi, stosowanymi do wszystkich innych badań usg, pod warunkiem, że mają odpowiednie sondy. Niezbędne do dokładnego usg piersi jest przesunięcie sondy nad każdym fragmentem narządu. Zdjęcia z usg pokazują tylko wybrane, pojedyncze okolice i na ich podstawie nie można wyciągać wiążących wniosków. Najważniejszy jest opis badania.

Faza cyklu miesięczkowego nie ma również znaczącego wpływu na jakość badania.

Wszyscy wiedzą, że wcześniej wykryty rak jest wyleczalny. Te najwcześniejsze postaci raka, z gwarancją wyleczalności, stanowią mały procent – około 5% - zmian znajdujących u kobiet, których do lekarza zaprowadziły objawy choroby.

U kobiet, zgłaszających się na badania mimo braku jakichkolwiek objawów, najwcześniejsze, przedinwazyjne postaci stanowią około 20% znajdujących zmian. Jednak zgłaszanie się na coroczne kontrolne mammografie czy usg nie jest gwarancją, że przez czas między badaniami nie rozwinie się choroba w stadium inwazyjnym!

Bywa, że rak piersi rośnie szybko!

Czytelniczki! We własnym interesie kontrolujcie sobie same swoje piersi co miesiąc, i zauważywszy nowe niepokojące zjawisko, zgłóście się do lekarza.

W populacji polskich kobiet obserwuje się dwa szczyty zachorowalności na raka piersi: w okresie przed – i okołomenopauzalnym (40 - 50 lat) oraz po 60 roku życia. Okresy te charakteryzują się dynamicznymi zmianami hormonalnymi, związanymi głównie z poziomami hormonów kobiecych – estrogenów. Są to okresy, w których często spotykanymi zjawiskami są wegetatywne objawy wypadowe, dolegliwości związane z osteoporozą, nadciśnieniem, rosnącymi mięśniakami macicy.

W opisach mammografii pojawiają się nazwy : „mastopatia” i „łagodna dysplazja”.

Te ostanie zmiany są w swej naturze niezłośliwe, nie prowadzą do powstawania nowotworów, jednak mogą dawać dolegliwości bólowe, budzić niepokój poprzez obecność guzków (torbielek, włókniaków) i zmuszać do udania się do lekarza. Ważne w tym okresie są także badania ginekologiczne mające wykryć ewentualne zmiany w jajnikach jak źródle hormonów płciowych i przyczynę łagodnych procesów w piersiach.

Wizyty w poradni dla kobiet mają także na celu podjęcie ewentualnego leczenia hormonalnego, jak tzw. hormonalnej terapii zastępczej (HTZ), łagodzenia objawów przekwitaniowych, leczeniu osteoporozy i zaburzeń miesiączkowania.

W przypadkach wątpliwości klinicznych i w badaniach obrazowych (mammografia, usg) – wykonywane są biopsje celowane: cienko - i gruboigłowe zmian w piersiach. Tym sposobem pobiera się komórki lub tkanki do oceny mikroskopowej. Biopsje igłowe nie wiążą się z większymi dolegliwościami, a dzięki swej specyficie w znakomity sposób poprawiają diagnostykę i pozwalają na precyzyjne wczesne wykrycie zmian patologicznych

Roman Kabarowski

ur. 28.04.1954

studia: Akademia Medyczna Wrocław

Uniwersytet Wrocławski wydz. Biologii

Dyplom lekarza : 1977r

Specjalizacje: II st. Ginekologia i położnictwo

II st. Onkologia-radioterapia

I st. Radiologia

Certyfikat Ośrodka Mammograficznego Vasteros (Szwecja) 1997

Prac naukowych nie pisze, interesuje go praktyka – diagnostyka i leczenie onkologiczne

Praktyka prywatna : choroby kobiece oraz diagnostyka i leczenie chorób piersi



Rak gruczołu krokowego

lek. med. Piotr Tokar

Opolskie Centrum Onkologii

Podane w tekście informacje przybliżają istotę choroby i jej leczenie. Służą jako temat do rozmowy i dyskusji z lekarzem pierwszego kontaktu, lekarzem prowadzącym leczenie i innymi pracownikami leczącego zespołu.



Dane anatomiczne i fizjologiczne o gruczole krokowym

Gruczoł krokowy jest męskim narządem płciowym o kształcie i wielkości kasztana położonym anatomicznie poniżej pęcherza moczowego i przed odbytnicą. Jego zadaniem jest produkowanie płynu nasiennego, który spełnia funkcje odżywcze dla plemników - męskich komórek rozrodczych. Prawidłowe funkcjonowanie gruczołu krokowego związane jest z oddziaływaniem męskiego hormonu płciowego - testosteronu.

Dane epidemiologiczne

Rak gruczołu krokowego stanowi 5,4% wszystkich nowotworów złośliwych u mężczyzn w Polsce. Obecnie w naszym kraju pod względem częstości zachorowań zajmuje trzecie miejsce po raku płuca i żołądka. Gwałtowny wzrost zachorowalności obserwowany jest po 50 roku życia, stąd celowe wydaje się być poddanie w tym wieku profilaktycznemu badaniu gruczołu krokowego

przez lekarza pierwszego kontaktu lub specjalisty urologa.

Objawy choroby

Podstawowe objawy takie jak częste oddawanie moczu, zwłaszcza w nocy, trudności w oddawaniu moczu - „napinanie się” są udziałem ok.50% populacji mężczyzn po 50 roku życia i są najczęściej spowodowane tak zwanym łagodnym przerostem gruczołu krokowego, związanym ze stanem funkcji hormonalnych mężczyzny w tym okresie. Objawy te są identyczne z wczesną fazą rozwoju raka gruczołu krokowego, stąd wspomniana konieczność niezwłocznego poddania się ocenie gruczołu krokowego w badaniu przez odbyt przez lekarza pierwszego kontaktu i urologa.

Inne zauważalne objawy to ból i pieczenie przy oddawaniu moczu, oddawanie moczu „cienkim strumieniem” niemożność oddania moczu. W zaawansowanych przypadkach pojawia się krew w moczu, bolesne ejakulacje - „wytryski”, bóle kostne - kręgosłupa, bioder, kości udowych.

Wykrywanie raka gruczołu krokowego

Pierwszym i podstawowym badaniem jest ocena przez lekarza pierwszego kontaktu, gruczołu krokowego przez odbyt. W razie stwierdzenia nieprawidłowości badanie przez urologa, który wykonuje szereg dalszych badań dodatkowych takich jak:

- ocena gruczołu krokowego w badaniu ultrasonograficznym/USG/
- oznaczanie poziomu PSA/znacznika swoistego dla raka gruczołu krokowego/
- wykonanie biopsji - punkcji gruczołu krokowego, która potwierdzi lub wykluczy rozpoznanie raka.

W przypadku ustalenia rozpoznania raka gruczołu krokowego wykonuje się szereg badań umożliwiających ocenę zaawansowania choroby i kwalifikację do odpowiedniego leczenia.

Do badań tych należą:

- badanie tomografii komputerowej jamy brzusznej
- badania radiologiczne kości
- badania podstawowe krwi i moczu

Leczenie raka gruczołu krokowego

Leczenie raka gruczołu krokowego zależy od zaawansowania choroby.

Sposobami leczenia są:

- leczenie chirurgiczne polegające na skomplikowanym zabiegu

usunięcia gruczołu krokowego

- radioterapia polegająca na napromienianiu gruczołu krokowego
- leczenie farmakologiczne, stosowane w zaawansowanej chorobie/przerzuty/, polegające na hamowaniu wpływu własnego hormonu płciowego-testosteronu na rozwój raka.

Stosowanie środków uwapniających kości zmienionych przerzutowo np. preparat Zometa.

Każdy ze sposobów leczenia niesie za sobą ryzyko wystąpienia powikłań takich jak: zaburzenia potencji i zaburzenia w trzymaniu moczu, których wystąpienie uwarunkowane jest także stopniem zaawansowania choroby.

Szansę na wyleczenie raka gruczołu krokowego są tym większe im mniejsze jest zaawansowanie choroby.

Wczesne wykrywanie

Najprostszym i najtańszym badaniem mogącym poprawić wczesną wykrywalność raka gruczołu krokowego i przyczynić się do poprawy wyleczalności jest badanie gruczołu krokowego przez odbyt wykonywane rutynowo przez lekarza pierwszego kontaktu u mężczyzn po 50 roku życia.

Optymalne w chwili obecnej wyniki w tym zakresie mogłoby przynieść wykonywanie masowych badań przesiewowych, opartych na badaniu przez odbyt, oznaczaniu PSA i ocenie gruczołu krokowego w USG w populacji mężczyzn po 50 roku życia.

Program taki jest kosztowny, jednak biorąc pod uwagę, że dotyczy w znacznej części populacji czynnej zawodowo, ekonomicznie jest zdecydowanie uzasadniony.

Od 11 maja do końca listopada 2006 r., w każdy piątek w godz. 9.00 – 14.00 w Opolskim Centrum Onkologii w Opolu, prowadzone będą badania przesiewowe w kierunku raka prostaty polegające na badaniu per rectum oraz pobrana zostanie krew na oznaczenie markera PSA Total.

Podczas drugiej wizyty badany otrzyma interpretację wyniku wraz z dalszymi zaleceniami.

**BADANIA FINANSOWANE SĄ PRZEZ URZĄD MARSZAŁKOWSKI
WOJEWÓDZTWA OPOLSKIEGO**

Rak skóry

Wojciech Redelbach

Dyrektor Opolskiego Centrum Onkologii



Rak skóry jest częstym nowotworem złośliwym. Z reguły powstaje u mężczyzn po 60 roku życia. Najczęściej dotyczy skóry twarzy i kończyn. Czynnikiem sprzyjającym powstawaniu raków skóry są intensywne nasłonecznianie oraz przewlekłe drażnienie mechaniczne oraz substancjami chemicznymi.

Zmianami przedrakowymi są:

- rogowacenie starcze – ogniska łuszczenia skóry, głównie na twarzy i tułowiu,
- róg skóry – wyniosły twór ze zrogowaciałego naskórka, głównie na skórze twarzy,
- dermatozy (przewlekłe zapalenie skóry)

Rak skóry następuje w dwóch postaciach:

1. **Rak podstawnokomórkowy** – nabłoniak podstawnokomórkowy, jest to rak skóry wywodzący się z podstawowych warstw skóry - najczęściej twarzy. Charakteryzuje się tworzeniem płytkich owrzodzeń lub guzków koloru bladobłękitnego, często kontaktowo krwawiących. Nowotwór ten z reguły nie daje przerzutów odległych, stąd mówimy, że jest złośliwy miejscowo.
2. **Rak płaskonabłonkowy** – rak kolczystokomórkowy, jest to nowotwór wywodzący się z warstw pośrednich skóry, jest pełnoobjawowym nowotworem złośliwym. Najczęściej powstaje na skórze kończyn, tułowia i narządów płciowych, tworząc głębokie owrzodzenia, często daje przerzuty do węzłów chłonnych, zaawansowany nacieka podłoże (mięśnie, kości).

Podstawową metodą leczenia nowotworów złośliwych skóry jest chirurgia. Szerokie wycięcie w granicach tkanek zdrowych umożliwia wyleczenie w ponad 90% przypadków.

W zaawansowanej postaci wymaga okaleczających operacji (wycięcie węzłów chłonnych, amputacja kończyn) i kojarzenia z radioterapią. Po leczeniu pacjent musi być okresowo kontrolowany. Konieczność wynika z częstokroć wielogniskowego charakteru oraz znacznej tendencji do wznowy procesu nowotworowego.

W Opolskim Centrum Onkologii, jako jedyni w województwie opolskim do diagnozowania i kontrolowania po leczeniu, oceniamy poziom markera no-

wotworowego SCC.

Wzrost poziomu markera SCC w kontroli, pomimo braku innych oznak wznowy, jednoznacznie wskazuje na konieczność dalszego leczenia.

Należy podkreślić, że rozwój raków skóry jest procesem trwającym wiele miesięcy, a nawet lat.

Uwzględniając powolny wzrost oraz możliwość samobadania i samoobserwacji, raki skóry mogą być wcześniej wykryte i leczone bez okaleczenia ze skutecznością ponad 90%.

Nadzieja w cierpieniu

ks. dr Józef Tarnawa S.J.

*Kapelan Opolskiego Centrum Onkologii
i Szpitala Wojewódzkiego*



Czy człowiekowi choremu potrzebna jest nadzieja?
Czym ona jest?

Myślę, że aby odpowiedzieć na te pytania należałoby stwierdzić, że nadzieja jest wartością, która polega na pragnieniu posiadania dobra, szczęścia a przede wszystkim pełni życia.

Człowiek, jako jedyne stworzenie rozumne i wolne skierowany jest ku przyszłości. I chociaż zdaje sobie sprawę ze swych ograniczeń i swej skończoności oraz nieuchronnej konieczności umierania, to jednak zawsze żywi w sercu jakąś nadzieję. Należy podkreślić, że człowiek, szczególnie dzięki wierze chrześcijańskiej staje się istotą pełną nadziei. Bowiem dzięki wierze w Boga, w zmarłychwstanie Jezusa Chrystusa, który stając się jednym z nas w swej zbawczej tajemnicy Odkupienia otworzył każdemu człowiekowi drogę do pełni życia i uszczęśliwiającego spotkania (zjednoczenia) z Bogiem.

W Katechizmie Kościoła Katolickiego, zatwierdzonym 25 czerwca 1992 r. przez Papieża Jana Pawła II czytamy, że: „Nadzieja jest cnotą teologalną, dzięki której pragniemy jako naszego szczęścia Królestwa niebieskiego i życia wiecznego, pokładając ufność w obietnicach Chrystusa i opierając się nie na naszych siłach, ale na pomocy łaski Ducha Świętego (...) Cnota nadziei odpowiada dążeniu do szczęścia, złożonemu przez Boga w sercu każdego człowieka; podejmuje ona te oczekiwania, które inspirują działania ludzi; oczyszcza je, by ukierunkować je na Królestwo niebieskie; chroni przed zwątpieniem; podtrzymuje w każdym opuszczeniu; poszerza serce w oczekiwaniu szczęścia wiecznego. Żywa nadzieja chroni przed egoizmem i prowadzi do szczęścia miłości”(KKK 1817, 1818). Św. Paweł Apostoł zachęca nas: „Trzymajmy się niewzruszenie nadziei, którą wyznajemy, bo godny jest zaufania Ten, który dał obietnicę”(Hebr. 10,

23). On „wylał na nas obficie (Ducha Świętego) przez Jezusa Chrystusa, Zbawiciela naszego, abyśmy, usprawiedliwieni Jego łaską, stali się w nadziei dziećmi życia wiecznego” (Tt. 3, 6-7). Równocześnie tenże Apostoł przestrzega nas, abyśmy nie pozbywali się tej nadziei, która ma tak wielką zapłatę (Hebr. 10, 35).

Nadzieja zatem, która tak głęboko zakorzeniona jest w ludzkim sercu ma swoje ostateczne źródło w Bogu. To On stwarzając człowieka na swój obraz obdarował go naturalnym pragnieniem posiadania Boga. I choć człowiek nie zawsze jest do końca tego świadomy, to zawsze podążając za głosem swej rozumnej natury dąży do osiągnięcia najwyższego dobra, pełni życia i szczęścia. Według Biblii, te ludzkie pragnienia w pełni może zaspokoić tylko Bóg. „Stworzyłeś nas Panie dla siebie i niespokojne jest serce człowieka, dopóki nie spocznie w Tobie” (św. Augustyn, Wyznania).

Tej nadprzyrodzonej cnocie nadziei, która wraz z wiarą i miłością została nam ofiarowana przez Boga na chrzcie św. powinniśmy być wierni przez całe nasze życie. Stanowi ona fundament i nadaje właściwy kierunek naszemu ludzkiemu bytowaniu. „Pragnienie życia i szczęścia wiecznego musi być nieustannie odnawiane w sercu ludzkim” (Jan Paweł II).

Nadprzyrodzona nadzieja, która ma swe pochodzenie w Bogu jest równocześnie inspiracją i zasadniczym oparciem dla naszych ludzkich nadziei, związanych z codzienną rzeczywistością. Na co dzień obserwujemy ludzi zabieganych i zatroskanych o zdrowie własne, czy swoich bliskich. Wielu ludziom przyświeca nadzieja na awans społeczny, czy zawodowy, lepszą pracę, większe zarobki, pomyślność i powodzenie w dalszym życiu itd. Wszystko to potwierdza prawdę, że człowiek bez nadziei żyć nie może. Każdy w jakimś stopniu ją posiada i na swój sposób realizuje. Stwierdzić należy następnie, że tkwi ona głęboko w naturze każdej ludzkiej osoby co napawa ją ufnością, odwagą i poczuciem sensu jej działań. Wreszcie, co potwierdza doświadczenie (filozoficzna refleksja), natura ludzka pozbawiona nadziei, byłaby w sobie niezrozumiała, pozbawiona tak istotnego elementu racji jej istnienia, działania i ostatecznego przeznaczenia, że sama w sobie stałaby się istotą tragiczną, absurdalną, pozbawioną ontologicznych podstaw i sensu swego istnienia. (por. G. Gozzelino: „Refleksja teologiczna i antropologiczna”, w Encyklopedia Chrześcijaństwa, Historia i współczesność 2000 lat nadziei, s. 487).

Nic więc dziwnego, że człowiek chory, dotknięty cierpieniem szuka nadziei. Nadziei ludzkiej i nadprzyrodzonej zarazem, gdyż obie się wzajemnie uzupełniają. Chory szuka więc lekarza w nadziei, że mu pomoże wrócić do zdrowia, a przynajmniej ulży w cierpieniu. Szuka też nadziei, ratunku w Bogu wierząc, że go nie opuści w chorobie i że we wszystkim ujawni się Jego Ojowska

Opatrzność. Stąd chorzy tak często zwracają się do Boga, zwłaszcza w chwilach trudnych, zagrożenia zdrowia i życia. Szukają Boga na modlitwie, w kaplicy szpitalnej, częściej korzystają z religijnej posługi kapelana. Czują to sami i wielokrotnie o tym mówią, że tu czerpią siłę i moc do walki z chorobą. Ta nadprzyrodzona nadzieja wzmacnia poczucie ich ludzkiej godności i wartości życia. W obliczu zagrożeń o własne życie przywraca im wewnętrzny spokój i pogodę ducha, tak bardzo potrzebną zarówno im samym, jak i otoczeniu. Nadzieja przewycięża strach i lęk przed nieznanym a wzmacnia odwagę i męstwo oraz mobilizuje wszystkie siły w przekonaniu że warto, że trzeba, bowiem ostatnie słowo i tak należy do pełni życia w Bogu i Jego niekończącej się miłości.

Wiersz o nadziei

Nadszedł maj, wiosna w pełni,
w moim pokoju nie pachnie wiosną,
bo przecież w pokoju drzewa nie rosną.
Nie rośnie trawa i wiatr nie wieje,
ja jednak mam w sobie nadzieję.
Warto ją mieć bo mur przewróci,
jak trzeba będzie góry przeniesie.
Więc karm ją dobrze i daj jej pić,
bo wciąż masz jeszcze dla kogo żyć.
Czasu nie cofniesz więc otrzyj łzy,
i żyj na przekór tym,
którzy już dawno stawiali ci krzyż.*

*Autor wiersza: Roman B, przez 9 miesięcy przebywał w szpitalu, w tym 2 miesiące na OIOM-ie. Jest nieuleczalnie chory, leży w domu. Obecnie z otoczeniem porozumiewa się przy pomocy powiek.

Szanowni czytelnicy „Biuletynu OCO”

Informujemy Państwa, iż na wydawanie czasopisma pozyskujemy środki z darowizn jak i sprzedaży reklam. Osobom i firmom, które zechcą nas wesprzeć finansowo lub wykupić miejsce na reklamę, podajemy nr konta: 98124016331111000026515911 Bank PKO S A I Oddział/Opole – z dopiskiem „Biuletyn” oraz prosimy o kontakt z redakcją.

W następnym numerze: Pododdział Brachyterapii, Amazonki piszą

„Biuletyn informacyjny OCO”

Wydawnictwo Opolskiego Centrum Onkologii

www.onkologia.opole.pl

Redaktor Naczelny

Wiesław Duda kom. 601 688 692

Sekretarz redakcji

Mariola Sobecka

Adres Redakcji

ul. Katowicka 66a, 45 – 060 Opole

tel. 077 441 60 01

fax. 077 441 60 03

biuletyn@onkologia.opole.pl

Skład komputerowy i druk EUROCENT

REKLAMY I OGŁOSZENIA

Okładka - pełen kolor

2 strona – 2100 zł, ½ strony – 1200 zł,

3 strona – 1700 zł, ½ strony - 900 zł,

4 strona (ostatnia) 1900 zł, ½ strony

- 1000 zł,

Reklama czarno biała wewnątrz czasopisma:

jedna strona – 1000 zł, ½ strony – 600 zł,

¼ strony – 350 zł

Podane ceny są cenami netto.